QUELQUES MOTS

N° ~~26~~ 24.

SUR UNE ÉPIDÉMIE

DE FIÈVRE TYPHOÏDE.

Thèse

présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier,

LE 1er MARS 1841,

Par Ange-Eugène DUVAL,

Chirurgien entretenu de la Marine,

pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine.



MONTPELLIER,

Chez Jean MARTEL aîné, imprimeur de la Faculté de médecine,

rue de la Préfecture, 10.

1841

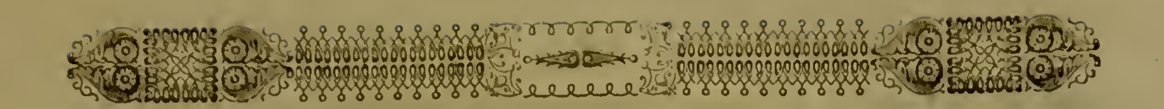
A MON FRÈRE,

MARCELIN DUVAL,

Professeur de thérapeutique et matière médicale à l'Ecole de Santé de la Marine, à Brest.

Amitié et reconnaissance pour tous les soins qu'il a donnés à mon instruction depuis mon enfance.

A. DUVAL.



QUELQUES MOTS

SUR UNE ÉPIDÉMIE

DE FIÈVRE TYPHOÏDE.

De si nombreux ouvrages existent sur la fièvre typhoïde, et plusieurs d'entre eux ont été récemment publiés par des hommes d'un mérite si éminent, qu'il est, sans nul doute, téméraire à nous d'oser présenter à l'appréciation de MM. les Chefs de l'Ecole de Montpellier une nouvelle Dissertation sur une maladie tant de fois rebattue; mais témoin dans les derniers mois de l'année 1839 d'une épidémie fort grave à bord d'un navire de l'Etat, nous nous sommes proposé d'en retracer ici l'histoire. Comme il ne nous appartient pas d'essayer de juger les opinions diverses qui partagent encore le monde médical, nous ne rapporterons dans cette narration que les faits que nous avons cru constater nous-même; aussi, souvent omettrons-nous ou rendrons-nous mal les opinions émises par les médecins qui ont déjà écrit sur cette affection, et nous ne pouvons que nous recommander d'avance à l'indulgence des Professeurs appelés à nous juger.

Ne devant ici que narrer des faits, nous renonçons à l'aride recherche des descriptions qu'ont pu donner de la fièvre typhoïde les anciens auteurs; toutefois, nous pensons devoir examiner succinctement quelles sont les

idées qui ont amené la plupart des médecins modernes à lui donner des dénominations différentes.

Rangée par Pinel dans les fièvres adynamiques et ataxiques; désignée par Rœderer (1) et Wagler sous le nom de *fièvre muqueuse ;* décrite avec exactitude dans le *Traité de pathologie* de Sprengel, qui la nommait *febris navalis*, *castrensis*, etc.; l'affection qui nous occupe a été depuis l'objet de travaux remarquables. D'abord, MM. Petit et Serre (2), en 1814, ayant rencontré souvent dans les nécropsies des altérations diverses de la muqueuse intestinale et des ganglions mésentériques, crurent pouvoir la localiser, et cette maladie devint pour eux une entéro-mésentérique ; puis parut le chef de la médecine physiologique, qui, tonnant contre l'essentialité des fièvres, y voulut voir une gastro-entérite ; mais comme les altérations de l'estomac sont fort rares, un grand nombre de ses adeptes même renonça à cette dénomination, d'autant que les travaux remarquables de MM. Bailly, Andral, Louis, Chomel, Bretonneau, etc., vinrent reporter l'attention sur les lésions presque constantes des follicules de Brunner et des glandes de Peyer. Chacun de ces praticiens adopta un nom différent, excepté toutefois MM. Louis et Chomel, qui la désignèrent toujours sous celui de *fièvre typhoïde :* de là les mots d'*iléo-déclydite* de M. Bailly ; *entérite folliculeuse* de M. Andral; *dothiénentérie* de M. Bretonneau (δοθιην, *pustule*, εντερον, *intestin*). Mais le gonflement, la rougeur ou l'ulcération des plaques de Peyer accompagnent-ils nécessairement l'affection typhoïde, et quand ces altérations existent, sont-elles l'effet ou la cause de la maladie? Il m'est impossible de répondre à la dernière question; mais si j'ouvre les auteurs qui ont le plus récemment écrit sur la première, j'y vois régner une grande dissidence : les uns, isolant la dothiénentérie et la fièvre typhoïde l'une de l'autre; les seconds, n'y voyant qu'une même maladie. Ainsi, M. Louis dit avoir observé à Gibraltar un typhus dans lequel les follicules intestinaux n'étaient pas altérés; ainsi, M. Rochoux voit entre elles une différence immense; d'un autre côté, M. Cruveilhier dit avoir

(1) Traité de la fièvre muqueuse, 1806.

(2) Traité de la fièvre entéro-mésentérique.

trouvé des plaques dothiénentériques lors du typhus de 1814; et si M. Bretonneau pense que ce sont deux maladies distinctes (1), M. Chomel a formellement déclaré, au milieu de l'Académie, que la fièvre typhoïde et la dothiénentérie étaient une seule et même affection. La question est donc loin d'être résolue, et si je conserve dans le cours de cet écrit la première dénomination, c'est que plusieurs faits semblent s'éloigner des tableaux que nous devons à la plume des médecins que nous avons cités; que de plus deux hommes ont succombé à bord le 3e jour; que M. Louis n'a vu la mort survenir que le 8e jour, et MM. Chomel et Genest (2) une seule fois le 7e jour; qu'enfin nous n'avons rien vu dans les deux autopsies que nous avons pratiquées, qui nous rappelât les désordres de la dothiénentérie. Mais cependant nous devons à la vérité d'avouer qu'un malade a succombé le 16e jour, et qu'il nous a semblé que cette terminaison funeste devait sa cause à une perforation des intestins (*Obs.* VI): nous ne pûmes malheureusement pas la constater par l'ouverture du cadavre.

Nous n'essaierons pas de donner une bonne définition de la fièvre typhoïde; nous dirons, avec un grand nombre, que c'est une affection aiguë, continue, se montrant le plus souvent sous la forme épidémique, caractérisée par la stupeur, l'adynamie et l'apparition de pétéchies. Actuellement je passe au récit :

La corvette de charge *l'Oise*, commandée par M. Coudein, capitaine de corvette, sortit de Brest le 29 octobre 1839, ayant à bord 130 hommes d'équipage, et 466 militaires des 1er et 2e régiments de la marine, destinés pour Cayenne et les Antilles. Elle mouilla le 9 décembre sur la rade de Cayenne, et c'est dans cette période de 44 jours que sévit la maladie que nous allons décrire, après toutefois avoir cherché scrupuleusement quelles causes ont pu lui donner naissance.

Causes.

Quand on examine avec soin les conditions dans lesquelles les épidémies de typhus ont pris naissance, quand on lit les ouvrages des auteurs qui

(1) Hygiène navale, tom. II, pag. 182. — (2) Leçons de clinique (Chomel) 1834.

ont parlé du typhus naval, ceux de Poissonnier Despérières, de Pringle et de Rouppe (*œuvres posthumes*), on reste convaincu qu'elles offrent toutes ce caractère commun : encombrement d'hommes dans des espaces étroits et humides, découragement profond, ou nostalgie. Certes la première cause, si c'est à elle que l'apparition de l'épidémie est due, a existé à bord de *l'Oise* et dans les circonstances les plus propres à favoriser son action ; car, outre l'entassement d'individus, pendant les dix premiers jours de mer nous luttâmes avec peine contre un vent violent de SSO, accompagné de pluies continuelles ; et cependant ce n'est que plus tard, quand la chaleur des régions tropicales eut succédé aux froids humides d'Europe, que la maladie se déclara avec violence. Aussi croyons-nous devoir attribuer, sinon l'origine de la fièvre typhoïde, au moins son extension rapide, aux dispositions morales des militaires à leur embarquement ; il nous suffira peut-être, pour justifier cette assertion, de rappeler la composition du personnel de la corvette. On le peut facilement diviser en trois catégories distinctes, comme ayant fourni un nombre divers de malades :

1° Equipage : 130 hommes; 14 malades, un seul atteint de fièvre typhoïde.

2° Détachement destiné pour Cayenne, colonie qui mérite peu, du moins actuellement, la réputation d'insalubrité qu'on lui a faite depuis longues années : 286 hommes; 43 malades, 9 atteints de l'affection, 3 morts.

3° Détachement destiné pour les Antilles, ne comptant que 174 individus, et ayant envoyé au poste 68 hommes, dont 28 atteints de la maladie et 9 morts.

Cette sorte de prédilection me semble naturellement expliquée par la nostalgie des malheureux soldats qui faisaient partie de ce dernier corps. En effet, tous, jeunes recrues, partaient pour la Martinique, n'ignorant pas que cette île était encore ravagée par l'épidémie meurtrière qui avait enlevé l'année précédente un grand nombre de leurs compagnons. Toutefois, nous n'oserions être assez exclusif pour nier l'influence qu'a pu avoir sur le développement de la maladie un encombrement aussi fort, en effet,

et nous ne le tairons pas, sur les 125 malades, à part quelques blessés, un grand nombre a été atteint de fièvre intermittente quotidienne ou tierce, et cependant la plupart n'en avaient pas présenté antérieurement à leur arrivée sur le navire; d'autres ont été pris de scorbut. Mais encore, si cette dernière maladie a pu être aidée dans son développement par l'usage d'aliments salés, ou par la privation de viande ou végétaux frais, je suis encore obligé de déclarer qu'elle n'a sévi que chez les hommes en proie à la terreur, à la démoralisation, qui n'ont pas manqué de suivre les premiers décès qui ont eu lieu à bord; qu'elle a respecté tous ceux d'un moral ferme, quel que fût, du reste, leur tempérament ou leur constitution.

Pour apporter une nouvelle preuve à l'influence immense qu'exercent, non-seulement sur la marche, mais encore sur l'origine des affections adynamiques, les dispositions morales, je me permettrai de citer le fait suivant : Le 20 décembre 1840, nous partîmes de Toulon avec plus de 500 hommes destinés pour Stora; contrariés par les mauvais temps qui ont régné dernièrement dans la Méditerranée, nous n'y arrivâmes que le 1er janvier. Eh bien! trois cas de fièvre typhoïde se montrèrent à bord; les hommes qui en furent atteints voyaient, au rapport de leurs camarades, avec terreur les dangers qu'ils allaient courir en Afrique, un même en fut victime avant le débarquement des troupes; et je suis presque certain que si la traversée eût été plus longue, la maladie eût pris rapidement une grande extension.

La fièvre typhoïde, telle qu'elle s'est présentée chez la plupart de ceux qui en ont été atteints, offrait un début variable; mais une fois bien déclarée, les symptômes se succédaient dans un ordre assez constant, pour que j'essaie de les partager en deux périodes distinctes : l'une dans laquelle l'état fébrile était le plus prononcé, la seconde dans laquelle au contraire les symptômes adynamiques prédominaient. Au reste, c'est moins pour opérer une scission complète entre deux époques de la maladie, que pour faciliter leur description, que je me permets d'agir de cette manière; car si la première s'étendait le plus souvent du deuxième au cinquième jour, sa durée a été limitée dans certains cas à quelques heures seulement.

Début.

Invasion subite ordinairement, précédée dans deux cas de toux fréquente, douloureuse, suivie de l'expectoration de crachats muqueux, blanchâtres et même visqueux, mais jamais n'offrant de stries sanguines. Chez quelques malades, il a paru deux à trois accès de fièvre intermittente, dont le stade de froid manquait quelquefois; enfin, les autres n'ont éprouvé que les prodromes communs à un grand nombre d'affections: ainsi, céphalalgie, lassitude dans les membres, malaise général, turgescence et rougeur de la face, injection des conjonctives, tintements ou bourdonnements d'oreille. Tous ces signes précurseurs, qui, dans le principe, ont masqué plusieurs fois pour nous la maladie véritable, duraient de quelques heures à deux jours et ne se montraient plus désormais dans son cours.

Première période. — Elle s'étendait du 2e au 3e jour jusqu'au 5e ou 6e. Comme je l'ai dit plus haut, sa durée était variable; un mouvement fébrile violent la caractérisait. Je vais en étudier les symptômes, en passant en revue les divers appareils de fonctions.

Habitude extérieure. Fatigue musculaire prononcée, décubitus dorsal; traits d'abord moins mobiles qu'à l'état normal, et plus tard empreints d'une stupeur caractéristique; physionomie étonnée, morne ou hébétée, portant le cachet d'une apathie profonde.

Appareils nerveux de la vie de relation. Céphalalgie sus-orbitaire ou occupant la région postérieure du crâne, perçue pendant un temps variable; sensibilité générale émoussée; intelligence intacte, paroles brèves, réponses lentes, mais justes; dureté de l'ouïe; vue plus sensible à la lumière; peau sèche, d'une chaleur âcre et brûlante, exhalant quelquefois une odeur *sui generis;* écoulement de sang par les narines, se répétant plusieurs fois les premiers jours, mais rarement abondant.

Appareils de la vie nutritive. 1° *Digestion.* Anorexie, soif nulle, puis augmentant par degrés et devenant très-vive et ardente; rarement des nausées

ou des vomissements, cependant dans deux cas ils ont eu lieu (*Obs.* Ire) ; épigastralgie dans un seul ; langue large et couverte d'un enduit jaunâtre, et à une époque plus avancée de la maladie, sèche, racornie, fendillée par de profondes scissures et recouverte d'une matière épaisse, noirâtre ou sanguinolente, adhérant intimement à l'organe. Chez plusieurs, apparition, à la paroi postérieure du pharynx et au voile du palais, de petites ulcérations taillées à pic, souvent masquées par des pseudo-membranes épaisses et blanches, qui, détachées, laissaient à nu une surface légèrement excoriée ; constipation constante, opiniâtre pendant toute la durée de cette période.

2° *Circulation et respiration.* Pouls souvent bien développé d'abord, puis petit, vibrant, repoussant le doigt avec force, très-fréquent (90 à 110); mouvements respiratoires paraissant plus difficiles et plus nombreux que dans l'état normal. Chez un seul malade, palpitations à la région précordiale, accompagnées de battements épigastriques prononcés. Le sang obtenu par la saignée générale, dans les cas rares où nous avons cru devoir y recourir, était fluide, noirâtre, comme visqueux, se coagulant difficilement et laissant un caillot assez petit, semblant formé de couches superposées.

3° *Appareils des sécrétions et excrétions.* Presque toutes ces fonctions suspendues ou considérablement diminuées ; urines rares ou rougeâtres ; dans deux cas (*Obs.* Ire *et* IIIe), suppression complète de la sécrétion rénale.

Deuxième période. — Celle-ci a succédé à la précédente, quelquefois sans interruption bien tranchée, et dans certains cas après une sorte d'apyrexie; elle commençait le quatrième jour, pour se continuer jusqu'à la mort ou cesser à la convalescence.

Habitude extérieure. Les traits présentent une altération plus grande, mais leur expression est la même, la débilité musculaire est portée au plus haut point. Le patient, affaissé sur lui-même, n'est plus qu'un corps inerte, incapable de mouvement et semblant déjà soustrait à l'empire des lois vitales.

Vie de relation. C'est alors que survenaient les rêvasseries, le délire, qui ne s'est manifesté, au reste, à l'extérieur, par des cris, des convulsions, que dans une circonstance trop remarquable pour la passer sous silence; aussi ai-je eu le soin de la relater en parlant de la marche de la fièvre typhoïde. Ces phénomènes étaient souvent accompagnés de mouvements automatiques, de soubresauts des tendons des muscles de l'avant-bras, et enfin de coma profond, d'où il était difficile de retirer le malade; quand on y réussissait, il paraissait mécontent, et sans même lever les yeux, il retombait aussitôt dans son premier état. La peau perdait sa chaleur, mais restait sèche quelquefois, semblait comme huileuse au toucher, et se couvrait d'éruptions variées sur lesquelles nous devons nous appesantir. Trois espèces différentes ont ainsi paru : les pétéchies, les sudamina, les taches rosées appelées *dothiénentériques* par la plupart des auteurs. Les premières, incomparablement plus fréquentes, se montraient sur la poitrine et l'abdomen le 4e ou 5e jour, et quelquefois dès le 2e, tantôt petites, tantôt acquérant trois à quatre lignes de diamètre. Nous y rattacherons les ecchymoses, qui ont paru quelquefois aux jambes et qui semblaient dues à une stase sanguine purement hypostatique; quand la maladie marchait vers la convalescence, leur couleur devenait d'un jaune livide, elles étaient moins bien circonscrites et acquéraient une étendue plus grande. L'éruption miliaire les accompagnait peut-être toujours, mais je ne l'ai vue que dans un fort petit nombre de cas; leur siége était le cou, la partie supérieure du dos et le ventre; elles échappaient à la vue quand on ne les regardait pas dans un sens oblique à leur direction. Quant aux taches rosées lenticulaires, elles ont pu souvent échapper à mon examen, car je ne les ai constatées que fort rarement; leur caractère est de former de légères saillies au-dessus du niveau de la peau, d'être arrondies et de ne pas offrir, comme les morsures de puces, un point central plus coloré. Enfin, pour terminer ce qui a rapport à ce paragraphe, je mentionnerai les escarres des téguments qui recouvrent les saillies osseuses sur lesquelles le patient repose. Tous les auteurs indiquent cette gangrène comme très-fréquente; je ne l'ai aperçue que chez trois hommes, et ce sont précisément ceux qui ont succombé après le plus grand nombre de jours de maladie.

Digestion. L'enduit qui recouvre la langue semble augmenter d'épaisseur, mais sa surface libre est légèrement ramollie; la soif a disparu; des fuliginosités recouvrent les collets des dents et les commissures des lèvres ; la constipation cesse et fait place à une diarrhée séreuse ou bilieuse. Quand la terminaison a été funeste, les selles augmentées en nombre étaient presque entièrement constituées par une matière muqueuse, blanche, ressemblant à du blanc d'œuf délayé grossièrement dans l'eau. Quant aux cristaux signalés dans les selles par M. Schœnlein, je n'ai jamais pensé à les y rechercher, puisque j'ignorais complétement à cette époque qu'il pût s'en rencontrer. Enfin, en même temps que ces symptômes paraissaient, le ventre se ballonnait, devenait dur, tendu, résonnant fortement à la percussion : ce signe était presque constamment mortel.

Circulation. Le pouls perdait sa fréquence; il tombait à 60 ou 70, sa petitesse extrême était souvent remarquée; la respiration était lente, profonde; les parois thoraciques se dilataient difficilement, et souvent chaque expiration était suivie d'un râle bronchique humide, de toux et d'expectoration de crachats peu abondants.

Marche de la maladie.

La durée de la fièvre typhoïde a varié; dans deux cas : trois jours ont suffi pour que les périodes parcourussent leur cours; dans d'autres, la mort est survenue le 5e, le 6e ou le 8e; enfin, elle n'a enlevé le malade que le 16e ou le 18e jour; toutefois il est rare que le 9e on ne pût prévoir sa terminaison. Quand celle-ci était heureuse, le plus souvent la peau devenait le siége d'une transpiration abondante, quelquefois fétide durant plusieurs jours; le ventre devenait libre, et même il y avait jusqu'à 5 ou 6 selles par 24 heures; la langue se nettoyait peu à peu et reprenait ses dimensions normales; enfin, le malade sortant de son apathie, les yeux reprenaient leur vivacité, les traits, leur sérénité : mais tous ces phénomènes se succédaient avec une extrême lenteur, et le petit nombre de ceux qui ont survécu étaient à peine rétablis après un mois de convalescence. La fièvre typhoïde n'a pas eu toujours une marche régulière

comme on le pourrait supposer d'après la description que j'ai donnée des symptômes : ainsi, chez plusieurs de ces malheureux, j'ai vu quelquefois après le 5e ou 6e jour de l'affection se montrer un état de calme, de rémission remarquable pendant plus ou moins de temps, état qui semblait promettre une convalescence prochaine ; et au moment où je me flattais de l'obtenir, le pouls recouvrait sa fréquence et sa petitesse, la peau sa sécheresse, une diarrhée colliquative survenait, et ces symptômes ne disparaissaient que pour faire place à une prostration générale que la mort terminait bientôt. Les hommes s'éteignaient ordinairement sans souffrances, sans convulsions ; mais chez quatre d'entre eux, la fin a été précédée de phénomènes ataxiques qui ont débuté brusquement et ont paru déterminés par un état particulier de l'atmosphère dont je vais rendre compte succinctement. Le 28 novembre, étant à midi par 42°,20 long. O. et 9°,3 lat. N., la brise, assez fraîche le matin, tomba tout-à-coup vers les deux heures de l'après-midi, la chaleur devint étouffante, le thermomètre monta jusqu'à 32° cent. : ce brusque changement fut suivi chez tous de phénomènes remarquables ; les hommes bien portants, à peu d'exceptions près, furent pris d'éblouissements, de vomissements, de faiblesse dans les membres, heureusement cette indisposition ne fut pour la plupart que momentanée ; mais il amena des résultats autrement funestes sur les malades confinés à l'hôpital. En effet, quand je m'y rendis, je les trouvai en proie à une exaltation cérébrale extraordinaire qui se manifestait par des menaces, des cris, des folies de toute espèce : cette scène, si pénible et si inattendue pour moi, se termina pour quatre d'entre eux par un coma profond d'où rien ne put les retirer ; ils succombèrent tous pendant la nuit.

Altérations rencontrées sur le cadavre.

Il est tellement difficile sur un petit navire de pratiquer l'ouverture des corps, que ce n'est pas sans difficulté que j'ai pu obtenir de faire les deux dont je parle plus bas (*Obs.* IV et V) : aussi ne puis-je guère me permettre de préjuger les altérations qu'ont pu présenter les autres individus qui

sont morts pendant l'épidémie. Les résultats de ces deux nécropsies ont été tout-à-fait négatifs, si j'en crois les notes que je pris à cette époque et si j'ai bien scrupuleusement alors examiné les organes ; mais je dois encore rappeler qu'Oveller (*Obs.* VI) a paru succomber à une perforation intestinale, si je puis juger d'après les symptômes qui ont précédé sa fin. Pour combler donc cette lacune, je crois devoir rapporter succinctement les divers désordres observés dans des maladies analogues par les médecins modernes.

Après la lecture attentive des lésions consignées dans les ouvrages de MM. Chomel, Louis, Bretonneau, etc., il est facile de se convaincre que les altérations des viscères crâniens et thoraciques ont été tellement variées quand elles ont existé, qu'aucun d'eux n'y a voulu attacher quelque importance : ainsi, on a trouvé ordinairement le cerveau sain, quelquefois injecté, l'arachnoïde rarement recouverte de lames minces, albumineuses, le liquide rachidien plus abondant; ainsi, le ramollissement du cœur, constaté plusieurs fois par MM. Chomel et Louis, n'a pas semblé à M. Andral assez souvent répété pour le rattacher à la fièvre typhoïde ; toutefois, dans ces derniers temps, ces médecins s'accordent à dire que les poumons sont d'un rouge violet, que leur tissu est gorgé de sang, souvent hépatisé. M. Bazin, dans une thèse présentée à Paris en 1834, s'étend longuement sur les lésions que le parenchyme pulmonaire lui a offertes dans les fièvres typhoïdes ; il y admet trois degrés : augmentation de densité du poumon; splénisation mais différant de l'hépatisation, suite d'un état pathologique antérieur, par sa plus grande cohésion ; enfin apoplexie, c'est-à-dire, formation d'un foyer sanguin avec destruction du parenchyme. Quant à l'engorgement et au ramollissement du foie et de la rate, on les trouve mentionnés presque toujours. Enfin, il ne m'appartient pas davantage d'examiner longuement ce qu'on a pu constater sur l'aspect offert par le sang ; on sait qu'il est plus fluide, qu'il contient moins de caillot et de fibrine, que le premier n'est jamais couvert d'une couenne, qu'il est très-friable. Je passe sous silence toutes les hypothèses émises à ce sujet, puisque la chimie organique n'a pu encore déterminer les différences existant dans le sang considéré à l'état normal ou morbide.

Ce sont les lésions de l'appareil gastro-intestinal qui ont fixé l'attention du pathologiste ; elles sont, en effet, plus constantes que les autres, mais elles peuvent manquer dans bien des cas. Je ne parlerai ni de la rougeur et du ramollissement de la muqueuse gastrique, un trop grand nombre les regardant comme paraissant après la mort, ni des stries ou arborisations signalées par plusieurs dans l'intestin grêle; je dois seulement m'étendre sur les altérations des glandes de Peyer et des follicules de Brunner, ceux-ci sont isolés. Les premières sont réunies en grand nombre le long du bord convexe de l'intestin, sous forme de plaques elliptiques; leur étendue et leur nombre augmentent jusqu'à la valvule de Bauhin. M. Cruveilhier leur a reconnu quatre états divers d'altération, *plaques gaufrées ;* les glandules plus saillantes proéminent et reposent sur une matière blanchâtre qui les sépare de la troisième tunique ; dans le second degré, elles sont turgides, rouges, et forment de véritables pustules qui s'ulcèrent dans leur centre ; ces ulcérations sont taillées à pic avec décollement de la muqueuse ; elles ne se forment que par la gangrène primitive de cette membrane ou de la matière jaunâtre déposée sous la plaque gaufrée. M. Louis a rencontré un autre *mode* d'altération des follicules agminés; ils reposent immédiatement sur le tissu sous-muqueux, aussi sont-ils peu proéminents dans l'intestin; leur surface semble divisée par un tissu lamelleux, réticulé, en un grand nombre de parties : cette disposition leur a valu le nom de *réticulées* par M. Chomel, de plaques molles par M. Andral *(loco citato).* Enfin, outre ces lésions, M. Chomel, dans ses *Leçons de clinique*, rapporte avoir constaté une sorte d'infiltration sanguine de la muqueuse iléale, qui a lieu dans les mailles de la tunique même et qui en double ou triple l'épaisseur. Enfin, presque tous ces praticiens ont noté des engorgements avec rougeur, ramollissement, formation même de pus réuni en foyer (1) des ganglions mésentériques.

---

(1) Recherches anatomiques sur les maladies dites gastro-entérites, fièvre typhoïde, etc. (Louis) 1829.

Traitement.

Le traitement que j'ai suivi n'a que peu varié, vu les moyens restreints que j'avais à ma disposition. Dans le principe, j'ai cru bien faire, lors de la période d'excitation, de recourir à l'ouverture de la veine; mais, lui ayant attribué dans un cas l'apparition plus prompte des symptômes adynamiques, je m'en suis désormais abstenu, et alors j'ai employé les émissions sanguines locales. J'appliquais des sangsues au-dessous des mastoïdes et souvent à l'abdomen quand les régions ombilicale ou iliaque étaient douloureuses; par la suite les sangsues ont manqué, alors je je couvrais la nuque et l'ombilic de ventouses scarifiées. Mais c'est surtout aux révulsifs et aux dérivatifs que j'ai accordé la plus grande confiance : toujours application réitérée de sinapismes; dans le coma, vésicatoires aux mollets, aux cuisses; enfin, dans le même temps, j'excitais les sécrétions alvines à l'aide de purgatifs à haute dose administrés en lavement. De plus, trois ou quatre fois, j'ai eu recours au calomel à la dose de 10 ou 12 grains, et j'ai regretté de ne pas l'avoir employé plus souvent. Lorsque l'adynamie était portée au plus haut point, et pendant la convalescence, je prescrivais les toniques (vin; alcoolés de gentiane, de quinquina; sulfate de quinine). J'ai peut-être dû à ce traitement, le seul qui me fut du reste possible à bord, le salut de quelques-uns; mais trop souvent il a échoué complétement entre mes mains pour essayer de m'étendre davantage.

Ce n'est pas à moi qu'il peut convenir d'exprimer une opinion sur les méthodes diverses proposées par les praticiens, de juger la valeur relative des anti-phlogistiques, des toniques, anti-spasmodiques, purgatifs, antiseptiques, tour-à-tour rejetés ou adoptés par eux, selon les idées que chacun a pu se faire sur la nature de la maladie.

Ici je termine l'histoire de cette épidémie par quelques observations recueillies à cette époque.

PREMIÈRE OBSERVATION.

Boisseau, soldat d'infanterie, âgé de 21 ans, cheveux blonds, peau

rosée, formes arrondies, fut frappé du fléau le 5 novembre. La maladie débuta par des frissons, des douleurs dans les lombes et les membres inférieurs, avec nausées et vomissements bilieux; les traits étaient peu altérés, la peau aride et chaude; le pouls filiforme donnait 80 pulsations; le ventre affaissé, sensible à la pression exercée aux régions ombilicale et iliaque droite. (20 sangsues, lavement émollient.) Le 6, une selle liquide, le pouls s'est relevé, la peau est brûlante, il y a de la céphalalgie; le soir, apparition de pétéchies sur le thorax, ecchymoses de 4 à 5 lignes de diamètre aux jambes; leur forme est irrégulière, leur couleur est livide, l'intelligence est intacte. (Lavement purgatif, sinapismes au coude-pied, vésicatoire à la partie interne et inférieure des cuisses.) Le 7, stupeur profonde, réponses lentement articulées, rêvasseries par intervalles, carphologie, soubresauts des tendons; le soir, coma, insensibilité complète, pas d'émission d'urines; par le cathétérisme, j'évacue plusieurs onces d'un liquide fortement coloré et fétide. Le 8, fuliginosités sur les gencives; la langue est comme rôtie et semble divisée par deux sillons profonds et parallèles; épistaxis abondante par les deux narines. (Emploi des toniques.) Le 9, un peu de mieux, la peau est ridée, huileuse; le météorisme survient le 10. Boisseau s'affaiblit toujours; des selles séreuses, puis sanguinolentes, ont lieu; enfin, mort le 13. La nécropsie fut pratiquée le jour suivant : marasme assez avancé, cadavre exhalant une odeur fétide.

Cavité thoracique. Poumons sains, le droit gorgé de sang en arrière, cavités gauches vides, membrane interne de l'aorte colorée en rouge livide, cœur droit renfermant quatre onces de sang en liquide ou en caillots noirs et diffluents.

Abdomen. Estomac petit, sans altération; plaques striées et arborisées sur la muqueuse iléale; couleur rougeâtre foncée dans quelques points des colons ascendant et transverse, avec ramollissement de la muqueuse; foie gorgé de sang; rate doublée de volume et semblant ramollie.

DEUXIÈME OBSERVATION.

Court, fusilier, né en Provence, âgé de 24 ans, se présente au poste,

le 21 novembre, se plaignant de douleurs vives à la base du poumon droit, un râle bronchique muqueux s'entend dans le thorax. Le son rendu par la percussion exercée sur ce point est sonore, et n'indique pas de lésion du tissu pulmonaire. La toux est fatigante, fréquente, suivie de l'expectoration de crachats muqueux, arrondis, visqueux, sans stries sanguines; la face est injectée, ainsi que les conjonctives; le pouls fort et bien développé, la peau chaude et sèche. (Saignée de 16 onces, 2 ventouses scarifiées sur le point douloureux, lavement émollient, pédiluve sinapisé.) Le 22, mieux sensible, expectoration plus facile, mais fréquence du pouls et exacerbation le soir avec céphalalgie occipitale. Le 23, mieux. Le 24, la scène change; je trouve ce malade dans l'état suivant: stupeur prononcée, battements artériels fréquents et irréguliers, taches rosées, typhoïdes, vésicules miliaires sur le cou et l'abdomen, constipation. (Sinapisme, lavement purgatif.) Le 25, 4 selles, mieux, intelligence plus nette. (Vésicatoire aux jambes.) Le 26 et le 27, la convalescence semble décidée; mais le lendemain, sous l'influence de l'état météorologique dont j'ai déjà parlé, un délire furieux éclate tout-à-coup, le malade se lève, arrache les appareils posés sur les vésicatoires et sur la saignée du 21, puis tombe à neuf heures du soir dans un coma profond, qui se termine par la mort vers minuit.

TROISIÈME OBSERVATION.

Chadel, âgé de 22 ans, Alsacien, d'une constitution athlétique, tombe malade le 9 du même mois, ayant éprouvé la veille un accès de fièvre assez violent : le pouls est fréquent, la peau chaude. Nouvel accès le soir à la même heure, transpiration abondante colorant le linge. J'allais recourir aux anti-périodiques, mais je m'en abstins, quand, en l'examinant plus attentivement, je vis sa physionomie naturellement ouverte, morne et silencieuse, et appris qu'une épitaxis avait eu lieu le matin par la narine droite; deux heures après, une céphalalgie sur-orbitaire avait paru; la peau était brûlante, l'artère donnait jusqu'à 110 pulsations, le ventre était souple et affaissé, les selles retenues du jour de son entrée. (15 sangsues aux apophyses mastoïdes, lavement avec une once et demie de sulfate de soude, sinapismes.) Le 12, tous les symptômes augmentent d'intensité.

Le 14, pétéchies sur tout le corps, gargouillement dans l'abdomen qui se ballonne fortement, nouvelle épistaxis. Le 15, coma, sens abolis; une sonde passée dans la vessie n'amène au-dehors que quelques cuillerées d'urine épaisse et fétide, et cependant il n'y a pas eu d'émission depuis le 13. Le lendemain, la stupeur s'est un peu dissipée; le malade n'a pas la conscience de ce qui s'est passé; sa parole est brève, mais bien articulée; trois selles de matières fécales durcies en boulettes. L'amélioration continue jusqu'au 23. Alors, sans causes connues, peut-être à la suite de l'ingestion d'aliments qu'on lui a procurés, les symptômes typhoïdes reparaissent, leur marche est seulement plus rapide, des escarres se montrent au sacrum, la diarrhée survient ainsi que des plaques brunâtres largement ecchymosées à la partie interne des jambes; aussi s'éteint-il sans douleurs le 29 novembre.

QUATRIÈME OBSERVATION.

Clech, Breton, âgé de 22 ans, entre à l'hôpital le 25 novembre, offrant les symptômes suivants : air hagard, étonné, douleurs lombaires, anorexie, soif vive, langue sèche et râpeuse, abdomen souple sans douleur : 20 sangsues derrière l'angle de la mâchoire, lait purgatif avec 32 grammes d'huile de ricin, sinapismes. Le 26, stupeur, rêvasseries, délire léger, apparition de l'éruption pétéchiale, météorisme le soir, gonflement des régions parotidiennes, selles involontaires. Mort le 28 au matin, en proie à un délire effrayant, après quatre-vingts heures de maladie.

CINQUIÈME OBSERVATION.

Martial, canonnier destiné pour Cayenne, reste, au rapport de ses camarades, sans manger pendant deux jours, poursuivi par des idées sinistres depuis la mort de Clech, et regrettant vivement de s'être engagé. Le 7 décembre, il se présente à la visite, se plaignant de douleurs générales dans les membres et le thorax; cette cavité percutée donne une résonnance naturelle, le bruit respiratoire est assez net; à droite, on perçoit un râle bronchique humide; le pouls est à peine sensible, la peau est sèche et râpeuse, le ventre ballonné, la constipation opiniâtre (il n'a eu que peu

de selles depuis notre départ de Brest), la langue recouverte d'un enduit jaunâtre, épais; dans la nuit, coma, pétéchies, selles involontaires, émissions des urines, parotides. Mort le 11. — L'ouverture du cadavre, pratiquée à terre, n'a présenté aucune altération digne d'être notée.

SIXIÈME OBSERVATION.

Oveller, âgé de 21 ans, d'un tempérament lymphatique, d'un caractère doux, taciturne, est amené par un sous-officier qui l'a trouvé couché dans le faux-pont: il accuse plusieurs jours de maladie, et à son arrivée l'affection est déjà parvenue à sa période d'état; elle parcourt régulièrement ses diverses phases du 22 novembre au 31. Je n'ai à noter dans les symptômes qu'une sensibilité assez forte des régions iliaques (des ventouses scarifiées ont semblé enlever la douleur), et une céphalalgie combattue aussi par des ventouses posées à la nuque, ainsi que des selles liquides nombreuses, ce qui est précisément le contraire de ce que nous avons observé chez les autres. Le 1er décembre, les symptômes s'amendent, mais les excrétions alvines continuent toujours; cependant, j'espérais une convalescence prochaine, quand, dans la nuit du 9 décembre, en voulant se lever, il retomba lourdement sur son lit, se plaignant de douleurs vives dans le ventre. En effet, la souplesse et l'affaissement qu'offrait le matin cette cavité, avaient fait place à un ballonnement, une tension considérable; un mouvement fébrile intense survint peu après et enleva le malade le lendemain. — J'ai pensé que cette terminaison funeste était due à une perforation qui aura permis aux matières fécales de s'épancher dans le péritoine.

Ici se bornent les observations que j'ai cru devoir consigner; je les ai transcrites presque textuellement du cahier de visite que je tenais à l'époque; la plupart sont fort incomplètes, mais j'ai préféré les laisser ainsi, plutôt que de me fier à ce que ma mémoire eût pu me rappeler. Aussi je ne puis que compter maintenant sur la bienveillance de mes Juges.

Fin.

Questions de Thèse tirées au sort.

SCIENCES ACCESSOIRES.

Comment reconnaître le carbonate d'ammoniaque mélangé avec la matière du vomissement ?

Ce sel est blanc, d'une saveur piquante, soluble dans le double de son poids d'eau froide, entièrement volatil dans l'eau bouillante et même à la température ordinaire ; il cristallise en aiguilles prismatiques, jouit de propriétés alcalines prononcées, et se décompose facilement quand on le met en contact, soit avec les oxydes de la première section, soit avec les acides minéraux, selon que l'on désire reconnaître la base ou l'acide ; à l'air, enfin, il perd une partie de son ammoniaque, et se convertit en bi-carbonate. Une dissolution de bi-chlorure de platine fait naître un précipité jaune dans le liquide qui le contient dissous. S'il est mélangé avec les matières rendues par le vomissement, on fait chauffer ces dernières dans une cornue munie d'une allonge et d'un récipient, qu'on maintient pendant l'opération à une basse température en l'entourant d'un linge mouillé ; bientôt le sel se volatilise, et vient se condenser, sous forme d'aiguilles entremêlées et donnant une couche plus ou moins épaisse, sur les parois du récipient : il ne reste plus qu'à soumettre le produit aux réactifs dont j'ai parlé.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

De la membrane fibreuse du corps caverneux.

Le corps caverneux forme la presque totalité de la verge. Il est fixé, en arrière, à la lèvre interne des branches de l'ischion et du pubis, par deux racines longues de deux pouces, étroites à leurs extrémités, qui se réunissent en avant de la symphyse en laissant entre elles un intervalle triangulaire où se voit le canal de l'urètre. Il est formé par un tissu spongieux contenu dans une membrane fibreuse, que j'ai seulement à décrire. Elle est blanche, extensible, très-épaisse, excepté à sa partie inférieure où sa surface est creusée d'une rainure qui loge l'urètre; en haut, elle est recouverte par la peau et les vaisseaux dorsaux de la verge; en arrière, près du pubis, elle donne attache à quelques fibres tendineuses qui ont quelquefois une apparence musculaire et nommées *ligament suspenseur de la verge;* en avant, elle est excavée pour recevoir le gland, auquel elle transmet quelques vaisseaux; sur les racines, elle est recouverte par les muscles ischio-coccygien et transverse, et est perforée près de la réunion des racines par l'artère caverneuse, division de la branche pénienne de la honteuse. Examinée à sa surface interne, on voit se détacher de cette membrane un grand nombre de filaments lamelleux qui s'unissent au tissu vasculaire et spongieux; elle est divisée en deux parties latérales par une cloison médiane, formée par des prolongements fibreux, verticaux, rapprochés en arrière, mais laissant en avant des intervalles par où les deux moitiés du corps caverneux communiquent.

SCIENCES CHIRURGICALES.

Déterminer s'il est toujours possible de distinguer la fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus de la luxation huméro-cubitale.

—

Les fractures qui atteignent l'extrémité inférieure de l'humérus ont lieu le plus souvent par causes directes : les unes, transversales, sont placées immédiatement au-dessus de la surface articulaire ; dans d'autres, il existe de plus une fente longitudinale qui sépare le fragment inférieur en deux parties; les dernières, plus simples, passent obliquement au-dessus de l'un des condyles et viennent tomber au milieu de l'article. Dans le deuxième cas, il est rare qu'on puisse commettre une méprise à cause de la crépitation ; cependant il doit y avoir peu de déplacements, puisque les condyles sont tirés en sens inverse par les muscles du bras et de l'avant-bras. Dans le premier les erreurs sont fréquentes ; en effet, le fragment supérieur vient soulever les muscles biceps et brachial antérieur, et proéminer en avant ; l'olécrâne est porté en haut et forme en arrière une forte saillie ; l'élargissement antéro-postérieur du bras est souvent énorme.

Parmi les moyens indiqués par les auteurs pour éviter les méprises, le premier est la crépitation, que l'on pratique en saisissant le bras d'un côté, l'avant-bras de l'autre, et en imprimant aux deux parties du membre des mouvements verticaux ou antéro-postérieurs. Dans le cas de gonflement énorme ce signe peut manquer; aussi Dupuytren indique-t-il un

autre moyen : les fragments saisis, le pouce est dirigé en avant contre la fracture, et on tente ainsi la réduction ; si elle s'opère, on porte l'avant-bras en arrière ; s'il y a luxation, la réduction persiste ; s'il y a fracture, le déplacement reparaît..... M. Malgaigne propose de pratiquer des mouvements d'extension et de flexion, toujours possibles dans la fracture, impossibles dans la luxation. — Enfin, Dupuytren a encore remarqué que dans les fractures, quelle que soit la saillie de l'olécrâne en arrière, elle n'est pas plus éloignée des condyles que dans l'état normal, ce qui arrive au contraire toujours dans la luxation. Enfin, pour peu que les signes soient douteux, il vaut mieux traiter la maladie comme fracture, pour éviter les accidents nombreux qui peuvent résulter si l'on a cru avoir affaire à une luxation.

SCIENCES MÉDICALES.

Histoire anatomique de la gangrène du poumon, ses caractères anatomiques différentiels avec la mélanose ramollie et la pneumonie (hépatisation grise).

Pour traiter convenablement cette question, il me suffira, je crois, d'exposer les caractères anatomiques de ces trois états morbides.

La gangrène du parenchyme pulmonaire est fort rare : tantôt elle semble se rapprocher de la nature d'affections essentiellement gangréneuses, tantôt elle peut être regardée comme une terminaison de la pneumonie.

Laennec n'a jamais adopté cette dernière manière de voir ; mais il existe dans la science plusieurs faits bien constatés qui prouvent qu'elle a succédé à cette maladie. Dans les autopsies pratiquées et recueillies par M. Andral (*Tom.* II.), par M. Bouillaud (*Arch. de méd.*), etc. , on la voit se présenter sous forme de plaques minces, noirâtres, séparées du reste de l'organe par un détritus pulpeux ; d'autres fois, on ne trouve qu'une cavité à parois rugueuses et brunâtres, contenant une matière pultacée demi-fluide, exhalant une odeur d'une fétidité repoussante, comme dans la 63e observation de M. Andral, ou une cavité vide, à parois minces, appliquées sur le tissu hépatisé du poumon. Dans le Journal *l'Expérience, tom.* I, *pag.* 324, on lit que M. Fournet, faisant l'ouverture d'une jeune fille atteinte d'un épanchement considérable, trouva le poumon refoulé en arrière, contenant un foyer gangreneux d'un pouce de diamètre, rempli par un détritus noirâtre et putride. La gangrène du poumon s'est, dit-on, montrée dans plusieurs maladies; mais on ne paraît l'avoir constaté vraiment qu'une fois, et c'est encore M. Andral qui rapporte ce cas qui a eu lieu dans un typhus (*Tom.* III, *pag.* 114).

Au contraire de la gangrène, l'hépatisation grise est constituée par les caractères suivants : le tissu pulmonaire est dur, compacte; plongé dans l'eau, il ne surnage pas ; il est imperméable à l'air. Aussi il ne crépite pas sous la pression, l'incision y montre des plaques de couleur uniforme, mais souvent granitée ; il est gorgé de liquide non spumeux mais grisâtre, ressemblant à du pus, toujours inodore, se réduisant facilement en pulpe friable par une légère pression ; il suffit souvent d'y enfoncer le doigt pour y déterminer la formation d'une cavité remplie de pus. Il est facile de voir, par cette exposition, qu'il est impossible de confondre la gangrène et l'hépatisation.

Sous le nom de *mélanose*, on désigne ou un produit accidentel et nouveau, ou une altération survenue dans les tissus, et caractérisée par une coloration noire. Un de ses siéges les plus fréquents est le poumon ; elle peut s'y présenter à l'état d'infiltration en petites lames ou points étroits, en couches solides ou à l'état liquide ; on l'a rencontré en masses (M. Chomel) dures ou ramollies ; dans ce dernier cas, ce produit

morbide se présente sous la forme d'un fluide souvent d'une couleur d'encre très-foncée, ayant beaucoup d'analogie avec le sang noir des hématémèses, et comparé par M. Andral à celui qui est renfermé dans les cellules spléniques; il est ordinairement réuni par quantités peu considérables au centre de tumeurs plus ou moins dures à leur circonférence, mais déjà ramollies au centre et ayant assez bien la consistance du cirage. Il est impossible de la confondre avec la gangrène, car elle n'exhale jamais d'odeur fétide; le tissu gangrené est mou, pultacé, plutôt verdâtre que noir. Dans les points altérés, on peut encore reconnaître la nature, la forme des tissus envahis par la maladie; tandis que dans la mélanose rien de semblable, c'est un produit nouveau, vivant ou non, selon les auteurs, mais dans lequel certes il est impossible de reconnaître quelques traces d'organisation.

FIN.

Faculté de Médecine

DE MONTPELLIER.

PROFESSEURS.

MM. CAIZERGUES, Doyen.	*Clinique médicale.*
BROUSSONNET.	*Clinique médicale*
LORDAT.	*Physiologie.*
DELILE.	*Botanique.*
LALLEMAND.	*Clinique chirurgicale.*
DUPORTAL.	*Chimie médicale et Pharmacie.*
DUBRUEIL.	*Anatomie.*
DELMAS.	*Accouchements.*
GOLFIN.	*Thérapeutique et Matière médicale.*
RIBES, Président.	*Hygiène.*
RECH, *Examin.*	*Pathologie médicale.*
SERRE.	*Clinique chirurgicale.*
BÉRARD.	*Chimie générale et Toxicologie.*
RÉNÉ.	*Médecine légale.*
RISUEÑO D'AMADOR.	*Pathologie et Thérapeutique générales.*
ESTOR.	*Opérations et Appareils.*
BOUISSON.	*Pathologie externe.*

Professeur honoraire : M. Aug.-Pyr. DE CANDOLLE.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. VIGUIER.
BERTIN, *Examinateur.*
BATIGNE.
BERTRAND.
DELMAS fils.
VAILHÉ.
BROUSSONNET fils.
TOUCHY.

MM. JAUMES.
POUJOL.
TRINQUIER
LESCELLIÈRE-LAFOSSE, *Exam.*
FRANC.
JALLAGUIER.
BORIES.
